FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 2e SÉRIE N° 111

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ULCÈRE GÉANT DE L'ESTOMAC

THÈSE

Presentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Janvier 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Hubert-Marcel FAGOT

Né à Rarécourt (Meuse), le 4 novembre 1888.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS	professeur...	*Président.*
FROELICH	professeur ..	
MICHEL	agrégé.....	*Juges.*
RICHON	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 — 2e SÉRIE — N° 111

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ULCÈRE GÉANT DE L'ESTOMAC

THÈSE

Presentee et soutenue publiquement le Vendredi 23 Janvier 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Hubert-Marcel FAGOT

Né à Rarécourt (Meuse), le 4 novembre 1888.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS	professeur...	*Président.*
FRŒLICH	professeur ..	
MICHEL	agrégé.....	*Juges.*
RICHON	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, ✪, NICOLAS, ✻, ✪, PRENANT, ✻, I ✪, F. GROSS, O ✻, I ✪, M. CHRÉTIEN, I ✪, HERRGOTT, ✻, I ✪.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✻, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Physiologie	M. E. MEYER, ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✻, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✻, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN. ✻, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SPILLMANN, ✻, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRŒLICH, ✻, I ✪.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. N.
Histologie	M N.
Anatomie descriptive	M. N.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✻, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✻, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires.

Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie interne	M. RICHON, ✻, I ✪, agrégé.
Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✻, I ✪, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✻, I ✪; agrégé.
Pathologie externe	M. BINET. I ✪, agrégé.
Clinique Médicale élémentaire (1)	M. N....
Clinique d'électrothérapie	M. N....

Agrégés en exercice

MM. MICHEL, I ✪.
RICHON, ✻, I ✪.
G. GROSS, ✻, I ✪.
FRUHINSHOLZ, ✻, I ✪.
COLLIN, I ✪.

MM. ROBERT, I ✪.
BUSQUET, I ✪.
LUCIEN, ✻, I ✪.
BINET, I ✪.
PERRIN, I ✪.

MM. THIRY, ✻, I ✪.
FAIRISE, I. A ✪.
J. PARISOT, ✻, I ✪.

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪. FÉVRIER, G O ✻, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
M. LAMBERT des CILLEULS, ✻, Ⓜ, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PERE ET A MA MERE

A MON ONCLE

Le Docteur F. GUEDON

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur WEISS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de suivre une tradition tout-à-fait respectable, en exprimant ici notre reconnaissance à ceux qui y ont droit.

Ce sont tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy.

Nous emporterons un souvenir particulièrement sympathique et reconnaissant de M. le Professeur Weiss, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et qui nous fait l'honneur de la présider. Il nous fut toujours agréable de fréquenter sa clinique très vivante, où tout étudiant est assuré de rencontrer un accueil si bienveillant.

Nous tenons à dire également notre gratitude à M. le Professeur Hausbalter pour cet enseignement à la fois pratique et élevé qu'il prodigue à ses fidèles stagiaires avec autant de dévouement que d'entrain.

Par un rapprochement tout naturel, nous pensons aussi à M. le Professeur Frœlich, à ses leçons cliniques si claires et si simples et à cette bienveillance quasi paternelle qu'il manifeste à ses malades comme à ses élèves.

Bien avant que M. le Professeur agrégé Michel ne nous enseignât la pratique de la médecine opératoire, son frère nous guidait dans l'étude du latin. Nous garderons de tous les deux un souvenir tout à fait sympathique.

Que M. le Professeur agrégé Richon soit assuré de notre reconnaissance. Nous avons conservé de sa clinique médicale, comme de son cours de thérapeutique de précieux éléments.

Nous aurions désiré fréquenter plus longtemps encore les divers services hospitaliers et en particulier la Maternité où le clair enseignement de M. le Professeur agrégé Frühinsholz est si précieux pour le futur praticien.

La façon aimable dont M. le Docteur Hamant, chef de clinique chirurgicale, nous a guidé dans ce modeste travail, nous a vivement touché. Nous l'en remercions chaudement et l'assurons de notre sincère amitié.

Sur le point d'embrasser la carrière du médecin de campagne, nous évoquons la mémoire de notre grand-oncle le docteur Ledrolle et de notre cousin le docteur Thorion. Ils nous ont laissé un bel exemple de dévouement professionnel. Puissions-nous en être digne.

Beaucoup de nos meilleurs camarades d'études, de nos plus chers amis d'enfance sont tombés glorieusement pour la France qu'ils aimaient de tout leur cœur. Nous saluons pieusement leur mémoire.

INTRODUCTION

MM. Mathieu et Moutier venaient de publier dans les « Archives des Maladies de l'appareil digestif » un intéressant article sur « l'Ulcus géant de l'estomac » contenant trois observations nouvelles de cette rareté pathologique, quand M. le Professeur Weiss pratiqua la gastrectomie pour un ulcère de l'estomac diagnostiqué La pièce opératoire révéla les dimensions énormes de la lésion. C'était un nouveau cas d'ulcus géant, cas d'autant plus intéressant qu'il était le premier pour lequel on ait fait la gastrectomie.

M. le Professeur Weiss eut l'amabilité de nous confier, comme sujet de notre thèse, la tâche de reprendre l'étude clinique de l'ulcère géant tant à la lumière de ce fait nouveau qu'a celle des cas antérieurement connus. — Nous empruntons à MM. Mathieu et Moutier ce court historique de la question.

« L'ulcus géant de l'estomac demeure une rareté... Cette rareté au moins relative permet de comprendre comment, curieux pourtant des raretés anatomiques et prompts à les

enregistrer dans leurs nombreux recueils, les anciens auteurs font preuve d'une indigence exceptionnelle sur ce sujet. Certes à feuilleter les vieux ouvrages, on trouve d'assez nombreux exemples d'ulcères gastriques non douteux ; mais même dans la monographie de Bleuland sur les sténoses pyloriques, enrichie de curieuses et très exactes reproductions d'ulcus (ou d'ulcéro-cancer) juxtapylorique, d'estomac biloculaire, etc., il n'est pas fait mention des grandes ulcérations. Nous en excepterons toutefois un cas de Van der Wiel qui semble bien se rapporter à un ulcus ; antécédents dyspeptiques datant de treize ans, avec douleurs violentes et vomissements, abcès sousphrénique probable, perte de substance pouvant admettre le poing au dessous du cardia, fond formé en partie par le foie.

Avec Cruveilhier se rencontre le premier cas évident d'ulcération de forte taille : l'ulcus décrit par lui mesurait 16 cm sur 8 cm de large. En feuilletant l'atlas de Lebert nous avons rencontré un ulcère de la petite courbure, perforé en son centre, mesurant 8 cm sur 6 cm environ ; c'est le plus vaste qu'ait figuré cet auteur. Brinton signale la possibilité d'ulcus de 13 cm à 15 cm de diamètre. Debove a fait l'autopsie d'un malade qui présentait un ulcère de la largeur de la paume de la main. Habershon et Fenwick auraient rencontré des ulcérations occupant toute la surface de l'estomac, du cardia au pylore. Dufour a présenté un ulcus prépylorique perforé de dimensions énormes. Mais les cas publiés demeurent, on le voit, fort peu nombreux. »

Après avoir examiné l'observation de M. le Professeur Weiss et en avoir dégagé les caractéristiques, nous avons recherché les observations antérieures ; puis nous nous

sommes efforcés de fixer les caractères généraux de l'Ulcus géant et plus particulièrement sa symptomatologie.

De là cette division de notre modeste étude en quatre chapitres.

I. — Ulcus géant de l'estomac. — Gastrectomie (observation de M. le Pr Weiss).

II. — Relevé des principales caractéristiques de l'observation qui précède.

III. — Observations antérieures recueillies.

IV. — Commentaires. — Caractères généraux de l'Ulcère géant.

CHAPITRE PREMIER

(Observation inédite due à l'obligeance de M. le Professeur Weiss).

Ulcère géant de l'estomac. — Gastrectomie — Guérison.

Gustave L..., 38 ans. Ses antécédents personnels et héréditaires n'offrent rien de particulier à relater, si ce n'est quelques crises d'entérite (?) en août 1914. Depuis 1915, il était tout à fait bien portant ; il fut employé pendant la guerre dans une poudrerie, à l'atelier de chargement des obus.

Les premiers malaises apparurent en juin 1919. Le malade commença à éprouver des troubles digestifs caractérisés par des douleurs survenant, tantôt de suite, tantôt tardivement après les repas. Les douleurs n'étaient ni continues, ni régulières, mais se produisaient de préférence plusieurs heures après le dîner, vers minuit ou une heure du matin.

Les troubles allèrent en s'accentuant ; ils n'étaient que

peu améliorés par le régime lacto-végétarien, non plus que par les applications chaudes ou le repos. Le malade accusait en même temps une sensation de brûlure qu'il localisait dans la région dorsale au niveau de la onzième vertèbre. Jamais de localisation épigastrique.

Dès ce moment, le malade signale l'apparition d'une sialorrhée assez abondante en même temps que d'un état nauséeux marqué qui le gênait fort.

La diarrhée alternait avec la constipation, mais celle-ci était plutôt dominante. Il n'y avait pas coexistence de cette constipation avec l'apparition de crises plus aigües.

Les douleurs devinrent si intenses et si persistantes que le malade dut cesser tout travail.

Au début de septembre, les vomissements sont plus abondants, ils ne renferment que de la bile et du mucus, jamais d'aliments ; mais ils soulagent beaucoup le malade.

M. le Docteur Barachon l'examine à ce moment et constate que le clapotage à jeun existe, mais qu'il est assez difficile à produire ; la sonde ramène un liquide de jeûne très épais, muqueux, faiblement acide. Après ingestion d'un repas d'épreuve, on recueille un résidu dont l'analyse chimique montre :

H = 0,80
F = 0,30
E = 1
A = 2,10

Donc légère hyperacidité et légère hyperchlorhydrie. Le liquide de jeûne et celui prélevé après repas d'épreuve, donnent une réaction de Meyer très nette. Il en est de même des selles.

La radioscopie montre un estomac orthotonique. Le pylore est déplacé à droite et presque constamment béant. La bouillie bismuthée circule dans le duodénum presque sans arrêt.

Il n'apparaît pas d'image pathologique nette (niche ou encoche).

Quelques jours plus tard (24 septembre) apparaît un symptôme nouveau : le malade dont les douleurs, les sensations de brûlure cessent après vomissement, apporte à examiner un liquide brunâtre qu'il a rejeté. L'examen montre qu'il s'agit en grande partie de sang. Les hématémèses se reproduisirent, assez abondantes, à quatre reprises.

Malgré un repos au lit de quatre semaines, un traitement médicamenteux approprié, un régime scrupuleusement suivi, l'état ne s'améliore nullement. L'absorption de poudre de grande saturation, de belladone n'a qu'une action calmante, faible et très momentanée. Et encore celle-ci ne s'exerce t-elle que vis-à-vis des crises survenant aussitôt après le repas ; les douleurs nocturnes ne sont que très peu diminuées ; elles augmentent plutôt de violence et de durée.

L'intolérance alimentaire est presque totale. Aussi le malade, qui mangeait cependant volontiers, restreint sa ration alimentaire, car l'ingestion des aliments est l'origine de douleurs violentes que la morphine ne peut que masquer. Le malade réclame alors une intervention qui le débarrasse de ses douleurs.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade très affaibli (il a perdu plus de 20 kilos) se plaint de souffrances très vives, exclusivement dorsales.

L'intolérance alimentaire est absolue, non seulement pour les solides, mais même pour les liquides. L'ingestion d'une légère quantité d'eau amorce aussitôt un vomissement qui ramène avec le liquide ingéré de petits filets sanguinolents.

Un lavage d'estomac ne peut être toléré et, pratiqué cependant avec une grande douceur, il cause une hémorragie assez notable.

Malgré ou plutôt en raison de cet état d'intolérance absolue, on décide une intervention que le malade, las de souffrir sans arrêt, accepte.

Pendant les quatre jours qui précèdent l'opération, admi-

Ulcère géant de l'estomac. — Réduction 1/3.

(Gastrectomie faite par M. le Professeur Weiss).

nistration de digitaline, piqûres d'huile camphrée et de spartéine. Un lavement purgatif provoque une selle noire abondante (Meyer positif). On donne de petits lavements de sérum glucosé (quatre de 200 centimètres cubes par jour) qui sont bien tolérés et conservés. La veille et le matin de l'opération, injection de 250 centimètres cubes de sérum de Locke gommeux.

Le 19 novembre l'intervention est pratiquee. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On perçoit de suite une zône indurée, rétractée, siégeant aux confins du pylore, s'étendant loin vers le cardia : adhérences assez fortes avec le foie, lâches avec la vésicule.

Le décollement colo-épiploïque est facile ; on constate alors l'existence d'une adhérence intime de l'estomac et du pancréas.

Décollement duodénal assez difficile en raison des adhérences assez nombreuses et fortes à ce niveau. Ligature de la pylorique et de la gastroépiploïque. Section du duodénum entre deux pinces de Kocher. Suture de Gudin, puis deux plans séro-séreux sur le duodénum. L'estomac est relevé vers la droite, après section du petit épiploon et décollement difficile d'avec le pancréas très adhérent.

L'estomac est ouvert à ce niveau sur une zône ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Attouchement à l'éther et à l'iode.

La coronaire et la gastroépiploïque gauche sont liées ; décollement séreux sur la petite et la grande courbure ; puis écrasement de l'estomac par une seule prise avec l'écraseur de Doyen. Cet appareil est remplacé par deux pinces à coprostase. Sutures à la Gudin ; puis enfouissement séro-séreux.

Gastro-entérostomie postérieure en deux plans. L'épiploon restant est ramené sur la ligne de suture ; quelques points le fixent à ce niveau. Jéjuno-jéjunostomie en deux plans. Fermeture de la paroi au fil de bronze sans drainage. Pas de pansements.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le malade est très soulagé et bien mieux, dit-il, qu'avant l'intervention. Le thermomètre ne dépasse pas 37°2. Le pouls est à 84.

L'alimentation d'abord aqueuse, puis solide, fut reprise dès le deuxième jour.

Première selle le troisième jour.

Ablation des fils le quinzième jour. Le malade quitte l'hôpital après vingt jours, tout à fait remis, ne souffrant plus, s'alimentant facilement.

A l'examen de la pièce (qui mesure 20 centimètres du pylore à la zône cardiaque), on note un gros épaississement de toute la région juxtapylorique. L'épiploon renferme plusieurs gros ganglions situés le long de la grande courbure jusqu'à sept centimètres au-delà.

En incisant le long de la grande courbure, on constate l'existence d'une vaste ulcération mesurant 10 centimètres, 6 et 8 centimètres. Son aspect est granuleux, sa coloration brunâtre. Elle est très dure à la palpation.

Cette ulcération débute dans la région juxta-pylorique et occupe à ce niveau toute la circonférence de l'estomac sur une longueur de cinq centimètres environ ; puis elle gagne surtout la face postérieure et antérieure de l'estomac, englobant aussi la petite courbure.

C'est partout la même surface grenue, mais surplombée à pic par un relief très épais formé de tissu scléreux recouvert d'une muqueuse épaissie et tomenteuse. Cette muqueuse s'étend sur le bord supérieur et le versant externe de la barrière fibreuse, laquelle semble vouloir limiter l'extension de l'ulcération. La muqueuse stomacale saine paraît déprimée par le rempart épais de près de deux centimètres qu'elle encercle d'une sorte de fossé. Au-delà de cette dépression, la muqueuse dessine des vallonnements très marqués qui sont bien rendus par la photographie ci-jointe de la pièce opératoire.

L'épaisseur de la surface ulcérée est très minime. De quelques millimètres à la périphérie, elle diminue progres-

sivement en allant vers le centre jusqu'au niveau de la zône perforée au cours de l'intervention. A cet endroit, le fond de l'ulcus était formé par le pancréas

Une section pratiquée dans la portion juxta-pylorique de l'ulcère traverse sur une longueur de cinq centimètres environ une masse épaisse et scléreuse dont la photographie montre nettement l'aspect. Cet amas fibreux mesure 1 cm,5 contre le pylore et 0 cm,7 à son extrémité la plus effilée.

CHAPITRE II

Relevé des principales caractéristiques de l'observation précédente.

Symptômes. — Évolution.

Si nous réunissons les données caractéristiques de l'évolution de cet ulcus géant, nous voyons que le début fut marqué par des douleurs dorsales et que le siège des douleurs fut permanent. La région épigastrique ne fut jamais sensible. Le malade éprouvait une sensation de brûlure, de broiement, d'angoisse vive. L'absorption de poudre saturante calmait les douleurs qui succédaient immédiatement à l'ingestion des aliments, mais influait peu ou n'influait pas sur les douleurs tardives qui furent toujours les plus accusées. Les solides d'abord ne furent plus tolérés, puis vint le tour des liquides. — Nous notons qu'au début le rejet de mucus et de bile apportait au malade un grand soulagement.

Nous constatons l'apparition très précoce de cet état nauséeux particulier et de la sialorrhée que Lœper et Schulmann ont décrits comme signes caractéristiques des névrites de la X^e paire.

L'évolution fut brève, puisque le début des accidents ne remontait guère qu'à cinq mois. Il s'agit là du développement particulièrement rapide, actif et continu d'un ulcère dont le point de départ paraît être, en raison des symptômes de début, la petite courbure. Cette opinion est d'autant plus vraisemblable que l'examen de la pièce montre un développement quasi symétrique de l'ulcus de chaque côté d'une charnière, formée par la petite courbure. Certes les lésions étaient surtout marquées au niveau de la face postérieure de l'estomac. Mais ceci n'est pas pour nous surprendre, car le contact de la paroi postérieure de l'estomac avec le pancréas devait se produire plus facilement que le contact d'une autre portion de l'estomac avec le foie ou la paroi abdominale et nous savons que l'action inflammatoire destructive s'exerce plus aisément aux points de fixation des organes entre eux.

Nous devons faire remarquer une particularité importante : les vomissements alimentaires n'existèrent pour ainsi dire jamais et les rares fois où ils furent constatés, il s'agissait de vomissements suivant immédiatement l'ingestion. Ces vomissements alimentaires se produisirent du reste surtout dans la période terminale, alors que l'intolérance était presque totale.

L'appétit était conservé ; mais le malade, par crainte des violentes douleurs qui accompagnaient régulièrement les repas, restreignait volontairement ses ingesta de plus

en plus. Ce fait explique l'amaigrissement assez notable qui fut constaté.

Il y eut des hémorragies, d'abord occultes, diagnostiquées lors de l'examen du liquide de jeûne ; à ce moment la réaction de Meyer positive s'observait aussi dans les selles. Les hématémèses apparurent au troisième mois de l'évolution ulcéreuse. Au début, elles furent assez peu abondantes ; elles consistaient alors en un liquide brun chocolat. Puis en même temps qu'elles augmentaient de fréquence, leur teinte s'éclaircit et, dans les jours qui précédèrent l'intervention, elles étaient composées de sang rouge vermeil.

Nous avons dit déjà que l'insuffisance alimentaire avait retenti fortement sur l'état général en provoquant un amaigrissement notable. Le malade était de plus très anémié et son équilibre nerveux était devenu plutôt instable. Depuis de longs mois, en raison des douleurs tardives et prolongées très avant dans la nuit, il ne reposait plus. C'est avec effroi que, chaque soir, il assistait au retour de cette ennemie cruelle qui lui apportait, au lieu du repos, de longues heures de souffrance ; et il en était arrivé à un tel degré de découragement que l'existence lui était à charge.

Examen Radioscopique.

La radioscopie, à l'encontre de ce que pourrait faire imaginer l'examen *post mortem* de semblables lésions, ne révéla pas de déformations perceptibles. Aucune altération

particulière du contour de l'estomac (niche ou encoche).

L'estomac paraissait se contracter normalement et le sphincter n'était pas irrité, malgré l'étendue de la lésion qui faisait le tour de l'estomac encerclant la zône juxta-pylorique d'un anneau fibreux épais mais aussi profondément ulcéré. Pas de spasme apparent et la bouillie bismu-

thée passait facilement dans le duodenum. Il n'existait pas de plissements. Ceci tient probablement à la rapidité de l'évolution de l'ulcus : les brides unissant l'estomac au foie et à la vésicule n'avaient pas encore assez de puissance pour déformer l'organe. Celui-ci, du reste, un peu au-delà de la tumeur, paraissait avoir conservé sa souplesse quasi-

normale. — Les lésions de périgastrite, de biloculation apparente ou réelle ne sont peut-être que le reliquat d'ulcères anciens guéris, la séquelle de lésions jadis évolutives et qui ont régressé, tandis que les lésions fibreuses extérieures persistent, fixant l'estomac et le laissant replié, coudé. — Ici l'examen attentif de la grande courbure montrait une ligne régulière.

Le renflement marqué de la région juxta-pylorique est peut-être la seule anomalie qui aurait pu faire songer à une déformation en masse, la contraction annulaire de l'estomac s'arrêtant au niveau de l'ulcère dur, fibreux, infiltré et le repoussant autant que possible vers la droite.

Toutefois l'examen de la pièce paraît peu en faveur de cette hypothèse, en raison de l'étendue des lésions et d'autre part, en raison du peu d'estomac qui se trouvait déformé.

Caractères anatomo-pathologiques.

L'ulcération était circulaire dans la zône juxta-pylorique, au contact du pylore, sur une longueur de cinq centimètres environ. A ce niveau la surface était profondément ulcérée, recouverte d'un enduit sanieux. C'était la portion la plus adhérente au pancréas ; c'est là qu'il fut nécessaire de sculpter dans le pancréas et l'estomac pour pouvoir extirper la masse. En ce point la surface de section de l'estomac mesurée au niveau de la grande courbure variait comme épaisseur de 1 cm. 5 à 0 cm. 7. L'épaisseur allait en diminuant depuis la région juxta-pylorique.

De cette zône circulaire, l'ulcération allait envahir la région moyenne de l'estomac, précédée d'un épais bourrelet de 2 centimètres environ, taillé presque à pic du côté de l'ulcère. La muqueuse de l'ulcération épaissie, tomenteuse et bosselée formait un gros relief et s'unissait par le pied de celui-ci à la muqueuse stomacale saine au fond d'un fossé très creusé. La muqueuse stomacale, elle, semblait intacte à la simple inspection ; elle formait toutefois des plis énormes bien visibles sur la photographie. Entre ces plis courent de profondes dénivellations qui sont surtout accentuées au niveau de la face postérieure de l'estomac.

L'ulcération, quoique très étendue, présentait des différences d'épaisseur avec minimum correspondant à la zône de perforation pratiquée lors de l'extirpation. A ce niveau la paroi de l'estomac était formée par le pancréas. Puis l'épaisseur allait en augmentant légèrement jusqu'au gros bourrelet marginal déjà signalé. Ici l'épaisseur de l'organe ulcéré était de quelques millimètres.

Les adhérences avec le pancréas étaient absolument intimes sur une étendue de six à sept centimètres environ ; elles ne purent être détruites que par une véritable taille dans l'épaisseur du pancréas.

L'estomac était uni au foie de façon moins serrée et la section des brides qui unissait ces deux organes entre eux fut assez facile. Les brides s'étendaient sur quelques centimètres.

Il existait dans le grand épiploon une dizaine de ganglions assez volumineux. Les classiques ne mentionnent guère leur existence ; cependant plusieurs pièces opératoires du service de M. le Professeur Weiss en portent de semblables,

si bien que leur présence nous semble à peu près habituelle surtout lorsqu'il s'agit de lésions ulcéreuses assez avancées. Sur les pièces opératoires dont nous faisons mention, les ganglions s'étagent le long de la grande courbure, mais siègent surtout vers la région pylorique où ils sont à la fois plus nombreux et plus volumineux. L'un d'eux mesure près de 3 centimètres de longueur et sa largeur dépasse 1 cm. 5

Comme il ne s'agit pas de dégénérescence néoplasique, l'existence de ces adénites ressortit sans conteste à une poussée de lymphangite, issue d'une infection du foyer ulcéré. Du reste l'envahissement des tissus par l'ulcère ne se fait-il pas parfois à la faveur de petits foyers locaux de suppuration situés dans l'épaisseur de la musculeuse ?

Plusieurs des ganglions, dont nous venons de parler furent examinés, en particulier les plus volumineux ; et l'on constata qu'il ne s'agissait pas de rates aberrantes dont on a parfois signalé l'existence, à cet endroit.

Suites opératoires.

Notre dernière remarque portera sur les suites opératoires.

L'état général s'améliora très vite. Quelques heures après l'intervention, le malade se déclarait déjà soulagé. Les douleurs qu'il ressentait encore étaient beaucoup plus supportables que celles dont il se plaignait auparavant.

L'alimentation put être reprise dès le deuxième jour ;

elle fut d'emblée bien tolérée et on put rapidement arriver à une grande variété dans le choix des aliments.

Enfin le malade ne tarda pas à jouir d'un repos complet lequel, joint à une nourriture relativement copieuse, détermina une rapide augmentation de poids. Au sortir de l'hôpital, le malade avait gagné plus de deux kilos.

CHAPITRE III

Observations antérieures recueillies

OBSERVATION I

(Van der Wiel. Observations rares de médecine, d'anatomie et de chirurgie. Observation 26 du tome II).

Ventricule rongé.

J'ai vu, dans le cadavre d'une femme que Solingius disséquait, la partie supérieure de l'estomac percée de la largeur de trois travers de doigt sous l'orifice supérieur et rongée à y passer le poing. Il y avait encore une tumeur chancreuse et ulcérée de la grosseur d'un des petits pains que nous achetons trois oboles de notre monnaie ; elle était si fort adhérente au péritoine qu'on ne l'en détacha que par violence.

De plus, une grande portion de la partie inférieure était aussi rongée avec le diaphragme par le pus de l'ulcère voisin comme aussi le lobe du foie qui est appuyé sur le ventricule.

. . . . . .

Cette femme, selon le rapport de son mari et de ses parents, avait été sujette à des incommodités d'estomac pendant treize ans, comme à des vomissements, à des maux de côté et malgré les douleurs qu'elle avait ressenties, elle avait eu 4 enfants qui lui avaient survécu et qui se portaient bien. Mais 4 jours avant sa mort, cette femme avait vomi quantité de matière purulente et de sang fétide ; son haleine avait été longtemps puante ; les déjections qu'elle avait rendues étaient moins copieuses et d'une odeur insupportable.

OBSERVATION II

(Cruveilhier, in Anathomie pathologique du corps humain. Tome premier, XX^e^ livraison).

Gastrite chronique ulcéreuse par suite d'un choléra léger ; hématémèses ; déjections alvines sanglantes ; mort dans le marasme ; cicatrice très considérable de l'estomac.

Un journalier âgé de trente-six ans, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris au mois de mai 1832 d'un choléra bien caractérisé par des vomissements et des selles cholériques. La convalescence fut fort difficile, incomplète ; il ne put reprendre ses travaux pénibles qu'au bout de plusieurs mois ; mais il fut bientôt obligé de les suspendre par suite d'un sentiment de faiblesse générale et de malaise qui le rendait impropre à la fatigue. Les digestions étaient longues et laborieuses ; la moindre surcharge de l'estomac déterminait un sentiment de plénitude et d'étouffement. Point de vomissements.

Entré à l'hôpital Beaujon en avril 1833, il se plaint d'une douleur obtuse à l'épigastre et de battements dans la même région. Appétit presque nul ; point de fièvre ; constipation. L'exploration des diverses parties de l'abdomen ne fait

découvrir aucune tumeur, aucune lésion appréciable ; face pâle, bouffie.

Au mois de mai, le malade est pris, sans aucune cause connue, d'un vomissement de sang non caillebotté qui se renouvelle plusieurs jours de suite et le jette dans un grand état de faiblesse. En même temps, selles sanglantes avec coliques qui persistent pendant plusieurs jours ; l'épigastre est tendu et sensible à la pression ; décoloration de la face ; œdème général.

(Potions acidulées, lavements, crême de riz pour toute nourriture)

L'amaigrissement va toujours croissant : sentiment de pesanteur et de chaleur à l'épigastre ; digestion très laborieuse, dévoiement, dépérissement, mort.

Ouverture du cadavre. — L'estomac, d'une assez grande dimension, adhère en haut au foie, en arrière au pancréas et, par la grande courbure, à l'anse du colon ; la face antérieure seule était libre d'adhérences. Ouvert par la face antérieure, cet organe présente une vaste perte de substance ovalaire ou plutôt une excavation en forme de zone intermédiaire au cardia et au pylore, de 5 pouces dans son grand diamètre, qui est presque perpendiculaire au grand axe de l'estomac, de 2 pouces et demi dans la plus grande largeur de son petit diamètre. (L'ulcération est reproduite sur la figure 1 de la planche 5 qui accompagne la XX^{e} livraison). La surface de cette vaste perte de substance est blanchâtre, lisse, d'appa rence fibreuse et nullement muqueuse. Elle est circonscrite par un bord saillant et comme tranchant, au dessous duquel est une rainure ou rigole circulaire de plusieurs lignes de profondeur qui le détache complètement des parties voisines.

Au milieu de cette cicatrice, les parois de l'estomac ont complètement disparu et sont remplacées en haut par le foie dont la couleur apparaît à travers la cicatrice, en arrière par le pancréas reconnaissable à sa disposition granulée, en bas et en avant par l'arc du colon qui est plissé sur lui-même et comme racorni dans le sens transversal, en sorte que, vu

à son intérieur, cet intestin présentait une disposition valvulaire, à la manière de l'intestin grêle et qu'au premier abord je pus le prendre pour le duodénum.

La veine et l'artère spléniques étaient situées immédiatement au dessous de la cicatrice ; l'artère splénique avait été érodée et c'est à cette érosion qu'est due l'hématémèse observée sur ce malade : un caillot obturateur, que la cause plus légère aurait pu détacher, avait prévenu toute hémorragie nouvelle.

OBSERVATION III

(Cruveilhier. Anathomie pathologique du corps humain, Tome premier, XX[e] livraison).

La figure II, planche V, nous montre un vaste ulcère chronique de l'estomac, non cicatrisé. Cet ulcère avait envahi les 2 faces de l'estomac, sa petite courbure au voisinage du pylore et le pylore lui-même : sa surface est rugueuse. Il n'était pas même en voie de cicatrisation. Je n'ai aucun renseignement sur le sujet auquel avait appartenu cet estomac.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Cruveilhier. Anatomie pathologique du corps humain. Tome I, XX[e] livraison).

Hématémèse qui a persisté pendant 10 ans ; coliques épigastriques extrêmement violentes depuis 4 ans ; voracité ; mort ; perforation de l'estomac.

« L'estomac ouvert nous montre un ulcère cicatrisé. Cette cicatrice qui est semi elliptique ou plutôt qui a la forme de

l'auricule humaine, occupe le voisinage du pylore. Son plus grand diamètre qui coupe perpendiculairement le grand axe de l'estomac est de 3 pouces ; son plus petit diamètre est de 1 pouce. La cicatrice est fibreuse, blanche, lisse et ne présente aucun des caractères du tissu muqueux. De l'extrémité supérieure de cette perte de substance part une cicatrice linéaire à l'extrémité de laquelle a eu lieu la perforation.

La cicatrice est limitée en arrière par une rigole assez profonde, en haut et en bas par un bord coupé à pic. La muqueuse du pylore a été respectée. »

OBSERVATION V

(Cruveilhier. Même ouvrage).

Par une coïncidence fortuite qu'on observe quelquefois dans la pratique, à la même époque où succomba à la Salpêtrière le sujet de l'observation précédente, mourut à Bicêtre, par suite d'hématémèse, un homme sur lequel je n'ai d'ailleurs aucun renseignement. L'estomac de cet individu offre la plus grande analogie avec l'estomac précédent (Obs 4). L'ulcère cicatrisé occupe absolument le même siège : seulement ses dimensions sont plus considérables (3 pouces 4 lignes sur 2 pouces 9 lignes), sa surface est également lisse, fibreuse, la rainure de circonscription très profonde On voit l'ouverture vasculaire qui a donné lieu à une hémorragie ; on voit également à droite du pylore une bride qui est formée par un faisceau musculaire recouvert par une membrane d'apparence muqueuse.

L'ulcère était prolongé sur la partie supérieure de cette bride ; il avait également envahi la moitié gastrique du repli muqueux que présente la valvule pylorique.

OBSERVATION VI

(Debove et Rémond. Traité des maladies de l'estomac).

L'un de nous (Debove) a fait l'autopsie d'un malade qui avait un ulcère de la largeur de la paume de la main.

OBSERVATION VII

(Dufour. Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1901).

M. Dufour présente l'estomac d'un malade qui a succombé à une péritonite par perforation survenue brusquement « en coup de pistolet ».

Un ulcère allongé de proportions géantes occupe la région prépylorique ; la perforation était bouchée par un chevauchement et un éversement de la muqueuse vers la cavité péritonéale.

OBSERVATION VIII

(A. Mathieu et Dobrovici. Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1906) (résumée).

L... Charles, 50 ans, *entré à l'hôpital Andral le 20 juin 1904.* On note dans ses antécédents personnels des habitudes d'éthylisme.

Il y a 2 ans le malade a eu une hématémèse soudaine au milieu de son travail. Il a vomi 1 litre de sang vermeil. Pas de douleurs. Un traitement médical a été institué. — Deux mois plus tard le malade est devenu très faible et les douleurs sont apparues ; elles siégeaient au creux de l'estomac. Elles

étaient très violentes, irrégulières dès leur apparition, survenant à peu près tous les 2 jours. - L'appétit était conservé, mais le malade ne prenait ni viande, ni légumes par crainte de souffrir. – Il n'y eut jamais de véritables vomissements mais quelques régurgitations de liquide acide.

Les selles étaient très irrégulières, jamais noires. — Le malade ne mangeait et ne dormait guère, aussi s'est-il amaigri considérablement au point d'avoir perdu 18 kilos en deux ans. — La palpation de l'épigastre était douloureuse.

A l'hôpital, le malade est mis au repos absolu, on prescrit le régime lacté, cocaïne, morphine, eau chloroformée. Les souffrances et les vomissements cessent. *Le malade sort le 25 juin.*

Il rentre le 13 octobre parce que les douleurs ont reparu. Toutefois depuis sa sortie de l'hôpital il n'avait pas souffert et avait pu s'alimenter, si bien qu'il avait engraissé.

Il y a 3 jours, le malade a eu un vomissement alimentaire et un peu glaireux.

Exploration de l'estomac, douloureuse, légère dilatation.

Le malade ne tarde pas à mieux aller et il quitte l'hôpital.

Il rentre à nouveau le 24 novembre suivant, parce que le 23 novembre au matin il a vomi brusquement 1 litre de sang rouge foncé avec caillots noirâtres en 2 fois à un quart d'heure d'intervalle. — On supprime toute alimentation par la bouche et on prescrit des lavements alimentaires, plus un traitement approprié.

Le 25 novembre à 6 heures du soir, nouvelle hématémèse. Un demi verre de sang noirâtre est rejeté. Hoquet qui persiste jusqu'au 30 novembre.

1er décembre. -- Phlébite de la jambe gauche.

4 décembre. — On supprime les lavements alimentaires pour donner 1 litre de lait, 2 gr. de chlorure de calcium et 1 litre d'eau.

18 décembre. — Légère hématémèse, melœna très abondant.

19 décembre. — Mort à 2 heures du matin.

Autopsie. — On constate une adhérence très serrée du lobe gauche du foie et surtout de son bord antérieur à la face antérieure de l'estomac sur une étendue de 3 cm.² environ. L'estomac se présente sous l'aspect de 2 poches : une supérieure ou cardiaque plus volumineuse, une pylorique inférieure, séparées par un étranglement fibreux. A l'ouverture on voit qu'il y a en réalité 3 poches : deux antérieures dont la supérieure communique avec l'œsophage, l'inférieure avec le duodénum ; la 3e est sur un plan postérieur aux deux précédentes. Elle présente un orifice d'entrée ovale (8 cm de long sur 3 cm de large) à grand axe transversal limité par un bourrelet saillant. Cet orifice est dû à la destruction complète à ce niveau de la paroi postérieure de l'estomac. Il correspond à un énorme ulcus de la paroi postérieure de l'estomac, situé presque à égale distance du pylore et du cardia, à bords calleux, épais. Le fond de la perte de substance d'aspect blanchâtre et granuleux est formé par le pancréas sclérosé. Cette troisième poche, outre sa communication avec les deux grandes poches stomacales, communique directement avec la poche pylorique par dessous un pont fibreux, probablement cicatriciel. Le cloisonnement de la cavité stomacale est dû en somme à l'évolution cicatricielle d'un ulcus et aux rétractions fibreuses consécutives.

Sur le bord supérieur de l'orifice ovalaire, se trouvait une petite tumeur du volume d'une petite noix, molle, bourgeonnante et pédiculée, l'examen microscopique de cette tumeur a révélé un polyadénome cylindrique tubulé. — Le pylore est normal et perméable. Légère dilatation de la première portion du duodénum.

Il y avait de la périgastrite avec adhérences serrées vers le lobe gauche du foie et la petite courbure de l'estomac.

La poche supérieure de l'estomac communiquait avec la poche pylorique par la cavité rétrécie de l'estomac et par un orifice artificiel résultant des progrès de l'ulcération. C'est une sorte de gastro-gastronomie spontanée.

OBSERVATION IX (Résumé succinct).

(A. Mathieu et François Moutier. Archives de Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Octobre 1919).

Homme de 49 ans, antécédents éthyliques. Depuis 5 ans, douleurs sans horaire fixe dont certaines calmées par l'alimentation et le vomissement provoqué. Grande hématémèse suivie d'une période de latence de deux ans et demi. Reprise des douleurs et des hématémèses, phénomènes de sténose pylorique.

Décès 24 heures après gastro-entérostomie par circulus viciosus.

Autopsie. — Deux ulcus l'un à l'extrémité inférieure de l'œsophage et du cardia, l'autre perpendiculaire à la petite courbure, développé sur les faces antérieure et postérieure, de 12 cm de long sur 6 à 7 cm de large. Sténose pylorique indirecte par plicature liée à la périgastrite. Adénopathies volumineuses de la grande courbure.

OBSERVATION X (Résumé succinct).

(A. Mathieu et F. Moutier, publiée avec la précédente).

Homme de 48 ans. Début 10 ans auparavant par de violentes douleurs tardives. Evolution paroxystique avec des accalmies de plusieurs mois A la fin, cachexie progressive très accusée avec symptômes de sténose pylorique. Mort presque subite.

Autopsie. — La mort est due à une hémorragie intra-gastrique.

Enorme ulcère en volet à cheval sur la petite courbure, de 14 centimètres sur 8 centimètres environ. Une moitié de l'ulcus a son fond formé par le foie, une moitié formée par le pancréas.

Sur le pancréas se découvre la section artérielle cause de la mort.

L'imperméabilité pylorique est liée à des déformations de périgastrite et à des changements de la forme de l'estomac directement déterminées par l'ulcus lui-même.

OBSERVATION XI

(A. Mathieu et F. Moutier, publiée avec les deux précédentes).

Homme de 56 ans ; évolution de 5 années. Début par des troubles sensitivo-moteurs et des douleurs tardives calmées par des vomissements spontanés ou provoqués. Quelques hématémèses, du melœna, plus tard des vomissements de stase. Mort rapide après une grande hémorragie.

Autopsie. — Vaste ulcus de la petite courbure de 13 à 15 cm de large, fond formé par le pancréas. Un second ulcus, de faible dimension, siège sur la face antérieure. Valvule pylorique échancrée par le processus ulcératif. Pas de sténose pylorique sur le cadavre, cette sténose étant due sur le vivant aux déformations par périgastrite. Adénopathies volumineuses.

Outre les observations reproduites ci-dessus, dont certaines malheureusement sont très incomplètes, nous avons encore trouvé dans la littérature médicale deux autres cas d'ulcère géant :

Le premier est reproduit par Lebert dans l'Atlas de son Traité d'Anatomie pathologique spéciale et générale. La figure 4 de la planche CVII représente un « ulcère chronique de l'estomac avec perforation et épaississement des tuniques sur les bords de l'ulcère ». Les dimensions sont de 8 cm sur 6 cm environ.

Le second se trouve rapporté incidemment par M. Jules Bœkel dans la Gazette Médicale de Strasbourg, 1902. Il s'agit d'une gastrectomie pratiquée le 9 octobre 1902 pour un cancer de l'estomac L'examen de la pièce montra, en plus du cancer, sur la paroi postérieure, « un énorme ulcère ancien de toute la région pylorique ; il était bordé par une sorte de repli plissé en arc de cercle de 8 cm de longueur. »

OBSERVATIONS	DIMENSIONS	SYMPTOMES
Van der Wiel.		Gastralgie ; Maux de côté ; Vomissement Hématémèse (?) ; Meloena (?).
Cruveilhier. 1	5 pouces sur 2 pouces 1 2.	Digestions laborieuses ; hématémèse Meloena ; amaigrissement.
2	?	?
3	2 pouces sur 1 pouce.	Douleurs épigastriques ; hématémèses.
4	3 pouces 4 lignes sur 2 pouces 9 lignes.	?
Debove et Rémond.	Largeur de la paume de la main.	?
Dufour.	?	?
A. Mathieu et Dobronci.	8 cm. sur 3 cm.	Douleurs épigastriques ; vomissements amaigrissement ; hématémèses ; meloen
A. Mathieu et F. Moutier. 1	12 cm. sur 6 à 7 cm.	Douleurs calmées par l'alimentation et vomissement provoqué. Hématémèse ; phénomènes de sténose p lorique.
2	14 cm. sur 8 cm.	Violentes douleurs tardives ; évoluti paroxystique avec accalmies de plusieu mois ; cachexie ; symptômes de sténo pylorique.
3	13 à 15 c. sur 2 à 4 cm.	Douleurs tardives calmées par les vomi sements spontanés ou provoqués ; hémat mèse ; meloena.
Professeur Weiss.	10 cm., 6 sur 8 cm.	Douleurs tardives ; sialorrhée ; vomiss ments bilieux ou muqueux ; hématémèses Intolérance alimentaire ; amaigrissement.

DURÉE	TERMINAISON	CONSTATATIONS A L'AUTOPSIE
3 ans (?)	Mort par hémorragie et perforation ; abcès sous phrénique (?).	Vaste ulcère. Avec perforation pouvant admettre le poing, sise sous le cardia.
?	Mort par hémorragies répétées et cachexie.	Large perforation dont le fond est formé par le foie et le pancréas ; artère splénique érodée.
?	Mort.	Vaste ulcère chronique occupant les deux faces de l'estomac, la petite courbure au voisinage du pylore et le pylore lui-même.
10 ans	Mort par perforation de l'estomac.	Large ulcère au voisinage du pylore ; de l'extrémité supérieure de cet ulcère part une cicatrice linéaire au bout de laquelle se voit la perforation.
?	Mort par hémorragie.	Vaste ulcère sous le pylore. On voit l'ouverture vasculaire qui a donné l'hémorragie. Une bride à droite du pylore.
?	?	
?	Mort à la suite de péritonite par perforation.	Ulcère allongé de proportions géantes de la région prépylorique.
s et demi.	Mort à la suite d'hémorragies.	Large ulcère de la paroi postérieure de l'estomac, presque à égale distance du pylore et du cardia ; vaste perte de substance dont le fond est formé par le pancréas ; adhérences au lobe gauche du foie.
5 ans.	Gastroentérostomie suivie de mort par circulus viciosus.	Un petit ulcère à l'extrémité inférieure de l'œsophage ; un vaste ulcère perpendiculaire à la petite courbure développé sur les faces antérieure et postérieure. Sténose pylorique indirecte par plicature liée à la périgastrite. Adénopathies volumineuses de la grande courbure.
0 ans.	Mort presque subite par hémorragie.	Enorme ulcère en volet à cheval sur la petite courbure. Moitié de l'ulcère a son fond formé par le foie ; moitié par le pancréas. Sur le pancréas on voit la section artérielle cause de la mort.
5 ans.	Mort rapide par grande hémorragie.	Vaste ulcère de la petite courbure ; son fond est formé par le pancréas. Un petit ulcère de la face antérieure. Pas de sténose pylorique.
mois.	Gastrectomie. Guérison.	*Examen de la pièce opératoire* Vaste ulcération de la région juxtapylorique et de la face antérieure et postérieure de l'estomac, englobant la petite courbure. Au centre, le fond est formé par le pancréas. Adénopathies volumineuses.

CHAPITRE IV

Commentaires. — Caractères généraux de l'Ulcère géant

La première constatation qui ressort de l'étude des rares observations d'ulcus géant que nous avons recueillies, c'est qu'il s'agit dans presque tous les cas de pièces prélevées à l'amphithéâtre. Les malades avaient succombé soit à une perforation, soit à une hémorragie abondante précédée presque toujours par des hématéméses assez nombreuses et typiques. Parfois les deux causes : perforation et hémorragie s'étaient réunies pour amener la mort. Un malade de Mathieu et Moutier, avait été opéré, mais un circulu viciosus s'était déclaré le lendemain de la gastroentérostomie et l'exitus avait très rapidement suivi.

Tous les sujets — sauf celui de Van der Wiel — sont des hommes dont l'âge varie entre 38, 48, 53 et 56 ans. Ils souffraient en général d'une gastrite banale depuis des années. La plupart étaient des éthyliques avérés et avaient commis maints excès.

Evolution

L'évolution fut presque toujours assez longue : ainsi nous relevons les chiffres de 13 ans (Van der Wiel), 10 ans (Cruveilhier, Mathieu et Moutier), 2 ans (Mathieu et Dobrovici). Dans un cas (Pr Weiss), 5 mois seulement s'écoulèrent entre l'apparition des premiers troubles et l'extirpation d'un ulcère de vastes dimensions.

Cette durée de la maladie, ainsi que les constatations nécropsiques ou opératoires, autorisent à penser que si la cause initiale des lésions fut toujours la même, il a pu s'agir de poussées plus ou moins aigües dans l'évolution d'un ulcère chronique, voire même de poussées aigües de siège différent, l'ulcère qui avait donné les symptômes douloureux ou hémorragiques du début ayant pu guérir, tandis qu'en un autre point plus ou moins proche, une nouvelle ulcération se développait. De fait n'a-t-on pas trouvé à côté d'un ulcère en évolution des cicatrices attestant l'existence de lésions antérieures ? Dans l'observation de M. le Professeur Weiss les lésions semblaient être l'aboutissant d'un ulcère unique qui aurait débuté au niveau de la petite courbure puis, de là, se serait développé sur les faces antérieure et postérieure d'une façon à peu près symétrique.

Symptomatologie

L'étude des premières *douleurs* de leur mode d'apparition et d'accroissement, de leur durée permet de déterminer le siège de l'ulcère primitif. A la période d'état, lorsque ces

vastes ulcères ont envahi une grande partie de l'estomac et qu'ils adhèrent aux organes voisins, il existe des douleurs toujours vives qui ne suivent pas toujours un horaire fixe, mais qui cependant sont en général tardives. Leur siège est le plus souvent épigastrique, mais il peut être aussi dorso-lombaire.

Au début, l'ingestion de poudres alcalines calme les douleurs, mais cette amélioration dure peu et prépare, semble-t-il, une période encore plus pénible où les agents anesthésiques habituels quoique bien tolérés n'ont plus guère d'action. En même temps la durée des phénomènes douloureux augmente et ce n'est plus pendant une demi-heure ou une heure que les malades sont tourmentés, c'est pendant la plus grande partie de la journée ou plutôt de la nuit. L'absence de repos qui en résulte est très pénible et contribue grandement à affaiblir les malades.

Une autre cause d'affaiblissement s'ajoute à celle-ci, à savoir : l'insuffisance de l'alimentation.

Au début de l'infection, les vomissements, qu'ils soient alimentaires ou muqueux, calmaient les douleurs. Certains malades, connaissant cette action sédative, prenaient même l'habitude de provoquer le réflexe qui, en débarrassant l'estomac de son contenu, mettait fin à leur souffrance et leur assurait le repos. De ceci résulte une dénutrition d'autant plus accentuée que le vomissement suit de plus près les repas. Pourtant les vomissements alimentaires sont rares. Le plus souvent ils sont constitués par du mucus ou un liquide bilieux. Ceci s'explique car les douleurs étant tardives et le vomissement leur faisant suite, au moment où il se produit, l'estomac a eu le temps

d'évacuer dans l'intestin grêle presque toute la masse alimentaire. Or, comme nous le dirons plus loin, l'ulcère géant évolue, en général, sans provoquer de sténose pylorique appréciable, ce qui fait que l'estomac peut se vider dans les délais normaux. Mais les vomissements ne seraient-ils nullement alimentaires, que le rejet répété de liquide suffirait, en déshydratant l'organisme à amener de la dénutrition.

Plus tard il advient que le vomissement, moyen de lutte contre la douleur, devient insuffisant. Il ne fait plus alors qu'apporter une fatigue supplémentaire de par les efforts pénibles qu'il exige et peut être favorise-t-il encore la dilatation stomacale. Enfin les efforts du vomissement peuvent hâter l'apparition d'une hémorragie.

Toutes les observations mentionnent des *hématémèses*. Celles-ci peuvent être précoces ; elles peuvent être aussi faibles, mais répétées. Dans ce cas l'intervalle qui sépare deux suintements sanguins est tantôt très court (quelques heures), tantôt plus long (des jours) il atteint parfois des années. Mais le plus souvent c'est d'hémorragies notables qu'il s'agit, qui même sont parfois mortelles en raison de leur abondance (Cruveilhier, Mathieu et Moutier). En général plus l'état est grave, plus l'ulcère évolue, plus aussi les hématémèses sont fréquentes et abondantes.

Les malades rejettent d'abord du sang noirâtre ayant séjourné dans l'estomac plus ou moins longtemps. Puis l'aspect du sang vomi change avec l'évolution de l'affection, jusqu'à devenir rouge vermeil. A ce moment là, l'estomac devenu tout à fait intolérant, expulse le sang dès son apparition.

Le melœna subit des variations identiques. Au début décelable seulement par des recherches chimiques, il colore ensuite les selles de plus en plus, si bien que le malade ne rend parfois que des matières noirâtres constituées par du sang presque pur.

L'origine de l'hémorragie est variable Tantôt c'est l'ulcère lui-même qui saigne, tantôt c'est une artère de l'organe, sus ou sous jacent. On a pu voir sur certaines pièces des vaisseaux pancréatiques béants ; on a signalé l'ulcération d'un gros vaisseau. Dans une observation de Cruveilhier, l'artère splénique avait été ouverte et l'hémorragie avait causé la mort. Ces fissures ou ces ruptures artérielles sont produites par l'artérite qui atteint les vaisseaux nichés dans les tissus ulcérés ou dans ceux qui bordent l'ulcère.

On peut voir aussi le sang sourdre de petites ulcérations plus ou moins proches de l'ulcère primitif et géant, lequel, tout en tenant le grand premier rôle s'entoure ainsi de comparses dont l'action est loin d'être négligeable.

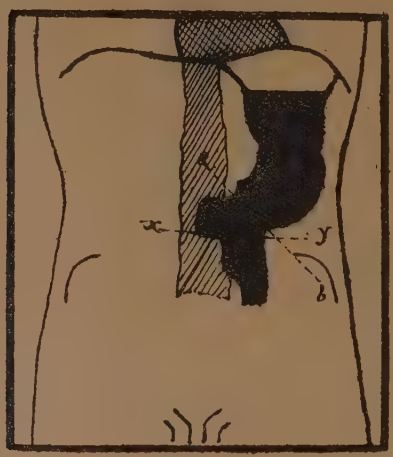
Fait digne de remarque : en dépit des douleurs très vives, en dépit des vomissements et des hémorragies, l'appétit subsiste. Il est presque normal. Les malades cependant ne mangent pas ou ne mangent guère. C'est qu'ils redoutent les douleurs que provoque l'ingestion des aliments ; et c'est par un effort de volonté, bien pénible parfois, qu'ils restreignent ainsi leur ration alimentaire. La joie de l'opéré de M. Weiss, pouvant après son intervention, manger presque à sa faim, était à cet égard très caractéristique.

On a signalé dans certains cas du dégoût pour la viande et ce signe, joint à la dénutrition, pouvait faire penser au

cancer. Mais en général, ce prétendu dégoût pour la viande résulte plutôt d'une sélection dans les aliments que le malade a adoptée au cours d'une période antérieure à celle des accidents aigus. La plupart des sujets atteints d'ulcère sont en effet des éthyliques et ils ont pris l'habitude, à l'occasion de leurs malaises, de délaisser la viande pour le lait.

Examen radioscopique.

L'examen radioscopique n'a guère été pratiqué dans les cas d'ulcère géant. Toutefois connaissant les symptômes



accusés par les malades et les lésions constatées à l'opération ou à l'autopsie, on est en droit de préjuger de ce que la radioscopie aurait pu révéler.

Rappelons que l'ulcère géant n'entraîne pas de sténose pylorique ou que tout au moins, si celle-ci existe, elle n'est que peu marquée. L'estomac est adhérent à un ou à plusieurs organes voisins ; il existe une vaste ulcération.

Ceci étant connu, on peut imaginer que l'examen radioscopique aurait montré un estomac à contractions à peu près normales, légèrement hypertonique, peu ou pas dilaté. S'il y avait de la dilatation elle serait peu marquée. Le pylore et la zône voisine du pylore étant fixés, montreraient une opacité bien nette à leur siège normal. A ce niveau les images anormales sont conditionnées soit par la dilatation du duodénum, soit par des poches importantes traduisant la destruction d'une partie du pancréas et du foie.

Dans une observation de Mathieu et Moutier dont nous reproduisons ci-joint le schéma radioscopique, le pylore était situé sur la ligne X-Y. La cavité sous-jacente correspondait au duodénum fixé par des adhérences et très dilaté.

Il semblerait que la présence d'une vaste ulcération à bords plus ou moins creusés doive se vérifier aisément par la radioscopie. En fait elle se remarque peu en raison de son étendue. La bouillie se répand également sur les deux faces et masque son existence.

A moins qu'il ne s'agisse d'évolution d'ulcères de sièges différents ayant pu laisser des séquelles, il ne faut pas s'attendre à trouver des biloculations plus ou moins marquées, ni des encoches, ni des déformations de la petite ou de la grande courbure.

A défaut de renseignements radiographiques plus

complets, c'est encore l'étude des différents symptômes tels que douleurs et hémorragies qui, avant l'intervention, fournit les meilleurs renseignements sur l'état des viscères sous-jacents. La palpation donne peu d'indications. Lorsque l'affection est bien constituée, on sent une masse médiane ou juxta-médiane, sans pouvoir distinguer rien de plus. Cette masse correspond à une zône mate dont la percussion est douloureuse.

L'intolérance gastrique interdit toute manœuvre interne telle que l'insufflation et l'examen prolongé est en général assez pénible.

Caractères des lésions. — Rapport de certaines lésions avec les symptômes de l'ulcus géant.

La présence de ganglions plus ou moins volumineux dans le grand épiploon doit retenir notre attention. Nous avons déjà insisté ailleurs sur l'existence de ces adénopathies parfois très volumineuses qui se développent dans la portion juxta-stomacale du grand épiploon et de préférence près du pylore. Le siège de ces masses ganglionnaires, leur taille, leur fréquence indiquent qu'ils correspondent à une réaction inflammatoire banale, à une défense locale de l'organisme. Ils sont une barrière opposée à l'infection.

C'est déjà à une réaction inflammatoire locale qu'il faut rattacher la sclérose qui environne l'ulcère et ces bords calleux et épais qui tendent à limiter l'extension du mal. Mais ce rempart est insuffisant, car on voit se former dans des zônes plus ou moins distantes, de minuscules abcès interstitiels qui sont autant de trous dans la barrière, de

voies détournées par où pourra se faire l'envahissement du processus ulcératif. Ce sont précisément les lymphangites résultant de ces inflammations limitées qui amènent les adénites dont nous parlions.

Rien d'étonnant dès lors à ce que celles-ci se retrouvent le plus souvent, alors même que l'examen le plus attentif a permis d'écarter l'hypothèse de tout début de dégénérescence cancéreuse.

Les douleurs très vives qui accompagnent l'évolution de l'ulcère sont la résultante de ces divers troubles de nutrition. Elles traduisent la névrite des filets nerveux irrités dans le tissu en voie d'ulcération, comprimés et étirés dans le tissu scléreux.

La souffrance provient aussi pour une part de la fixation anormale de l'estomac aux organes avoisinants. L'estomac, à chacun de ses mouvements, à chaque distension qu'il subit, tiraille les organes déjà enflammés auxquels il s'est uni et ces tiraillements sont douloureux. Ils le sont même quand il s'agit d'organes en partie mobiles, tels que la vésicule biliaire, car le faible voile d'adhérences du début se transforme vite en une masse épaisse et rigide qui déforme la vésicule et parvient parfois à produire des lésions plus ou moins graves.

Les troubles généraux plus ou moins accentués dans les premiers temps de l'affection, augmentent avec l'ancienneté de la lésion ainsi qu'avec l'intensité et la fréquence des hémorragies. Les malades s'anémient et pâlissent. Mais cette pâleur se distingue nettement de la teinte jaune paille des cancéreux et permet d'éviter un diagnostic erroné.

Malgré le repos et les soins médicaux les plus éclairés, l'aboutissant normal de l'ulcus géant est l'hémorragie mortelle, cataclysmique, externe ou interne, on bien c'est la perforation causant la péritonite aiguë (Cruveilhier, Dufour.).

Nous avons déjà décrit les caractères essentiels de l'ulcération. Celle-ci atteint des dimensions considérables et s'étend sur une grande partie de l'estomac. Elle adhère au foie, au pancréas, parfois au côlon. Ces différents organes peuvent même former une partie des parois de l'ulcère. On reconnaîtra la zône hépatique à sa coloration rouge brunâtre, parfois verdâtre et le pancréas à sa teinte rose grisâtre ainsi qu'à son aspect granuleux. Le côlon est rétracté, scléreux et ratatiné comme s'il était attiré progressivement par l'un de ses bords pour former un solide bouchon.

Lorsqu'il y a des lésions hépatiques, elles sont toujours plus accentuées que les lésions pancréatiques et la niche supérieure ainsi créée est plus profonde, voire même plus large que la niche inférieure.

Passons en revue les dimensions de plusieurs ulcères géants. Elles atteignaient respectivement 16 centimètres sur 8 centimètres dans un cas de Cruveilhier, 8 centimètres sur 6 centimètres dans celui de Lebert, 8 centimètres sur 8 centimètres dans celui de Bœckel, 12 centimètres sur 6 centimètres, 14 centimètres sur 8 centimètres, 14 centimètres sur 3 centimètres dans les cas de Mathieu et Moutiers, 10 cm. 6 sur 8 centimètres dans le cas de M. le Professeur Weiss.

La plupart des ulcères géants offrent une disposition en

selle, en feuillet de livre. La petite courbure représente à peu près la partie moyenne de l'ulcération et celle-ci s'étend latéralement plus ou moins loin sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac, atteignant parfois la grande courbure. Elle s'arrête aux confins du pylore, mais elle peut s'allonger jusqu'auprès du cardia. La petite courbure est toujours intéressee, quelles que soient les dimensions de l'ulcère.

Les bords de l'ulcération sont surélevés parfois d'une façon très notable et forment un bourrelet épais et dur qui limite les lésions. Une muqueuse hypertrophiée, épaissie, recouvre ce bourrelet sur son bord supérieur et sa face externe. Le reste de l'estomac est atteint des lésions habituelles de la gastrite chronique.

On peut observer, de ci, de là, de petites exulcérations le plus habituellement au voisinage de l'ulcère principal et surtout si ce dernier a suivi une évolution chronique, s'il s'est développé par à coups. D'autres fois ce sont de véritables ulcères que l'on peut rencontrer. Nous avons relevé la cœxistence avec le grand ulcus juxta-pylorique d'une lésion du cardia ou de la face antérieure de l'estomac.

Ces altérations des parois stomacales retentissent sur les organes avoisinants : l'estomac s'accole à ceux-ci et l'érosion peut les atteindre. Même dans le cas où le processus ulcératif ne les a pas touchés, on les trouve en général fixés à l'estomac par des adhérences multiples, épaisses et résistantes dont la rupture nécessite l'emploi des ciseaux ou du bistouri. C'est le plus souvent avec le pancréas que l'adhérence est la plus intime.

A côté de ces adhérences étroites et solides, il peut

exister des adhérences lâches, fragiles, pour ainsi dire vélamenteuses et qu'il est facile de rompre au doigt ou plutôt à la compresse. Elles traduisent la réaction inflammatoire du péritoine voisin. On note, par ordre de fréquence, des accolements de l'intestin (duodénum ou côlon), des meso (petit épiploon, mesocôlon), de la vésicule biliaire qui est alors souvent étirée et déplacée.

CONCLUSIONS

L'ulcus géant de l'estomac est rare. Il survient en général chez des hommes d'âge moyen entre 40 et 50 ans ; il évolue le plus souvent lentement et par étapes, parfois cependant d'une façon aiguë.

Le début est marqué par des douleurs vagues, épigastriques ou dorso-lombaires. Au cours de l'évolution, les douleurs succèdent aux repas, elles sont plutôt tardives, elles vont en s'exaspérant jusqu'à devenir pour ainsi dire permanentes.

Les vomissements n'existent guère au début, ils sont rarement alimentaires, ils augmentent avec l'intolérance de l'estomac qui, dans les derniers temps, est absolue.

Les hémorragies sont d'abord occultes et peu abondantes puis leur fréquence et leur importance s'accroissent. Les hématéméses, de noirâtres qu'elles étaient au commencement, prennent, en se rapprochant, une teinte de plus en plus claire, à la fin elles sont constituées par du sang pur et vermeil.

Malgré le siège de la lésion au voisinage du pylore, et sa disposition en feuillet de livre, il n'y a que peu de

sténose pylorique ou même il n'y en a pas du tout.. La mort survient en général soit par rupture d'un gros vaisseau, soit par perforation et péritonite consécutive.

Le *diagnostic* est celui de l'ulcère. Mais l'intensité des troubles stomacaux, le mauvais état général, parfois l'ancienneté de l'affection font penser à la transformation d'un ulcère simple.

Quant au *traitement* il est et ne peut être qu'opératoire. Nous ne voulons pas discuter ici le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique dont l'ulcère géant n'est qu'une variété plus grave. Nous nous bornerons à dire que chez le malade opéré par M. le Professeur Weiss, il est bien évident qu'une simple anastomose aurait été d'un faible secours. Il n'existait pas à vrai dire, chez ce malade, de sténose pylorique, aussi une intervention purement palliative aurait été inefficace car les troubles de canalisation le cédaient en importance aux lésions causant l'hémorragie.

Une simple exclusion n'était pas à tenter, la masse à isoler étant trop importante. De plus l'exclusion eût été probablement insuffisante et, comme elle aurait dû porter sur la partie moyenne de l'estomac sa gravité n'était guère plus grande que celle de la gastrectomie.

En raison du siège et des dimensions de l'ulcère, la seule ablation de la lésion n'était pas non plus possible, elle n'aurait été du reste qu'une gastrectomie déguisée.

La gastrectomie et seule la gastrectomie était indiquée parce que curative et radicale. Elle permettait d'extirper la lésion, d'en éviter les séquelles et de rétablir d'une façon certaine et avec sécurité le cours des aliments.

Pour les raisons que nous venons de donner nous nous croyons autorisé à dire que c'est la gastrectomie qui sera

en général l'intervention indiquée dans tous les cas d'ulcère géant de l'estomac.

Cette affection est rare à la vérité, mais elle n'en mérite pas moins d'être connue et le plein succès opératoire obtenu par M. le Professeur Weiss pourra peut être convaincre les médecins encore sceptiques de ce fait que : malgré l'étendue des lésions de l'ulcère et malgré l'affaiblissement des malades, la chirurgie conserve ses droits et peut, à juste titre, espérer la victoire

Vu :
Nancy, le 20 décembre 1919.
Le Président de la thèse,
WEISS.

Vu :
Nancy, le 22 décembre 1919.
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 24 décembre 1919.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Van der Wiel. — Observations rares de médecine, d'anatomie et de chirurgie (traduites du latin de M. Van der Wiel par M. Planque) 1780. Tome II, page 263.

Cruveilhier. — Anatomie pathologique du corps humain 1829-1835. Tome premier, XXe livraison. Planche V : figures 1 et 2. Planches VI : figures 1 et 2.

Lebert. — Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale. Tome II, pages 174 et 175. Atlas du traité d'anatomie pathologique générale et spéciale. Planche C VII, figure 4.

Debove et Rémond. — Traité des maladies de l'estomac 1893. Page 255.

Dufour. — Bulletins et mémoires de la Société Anatomique de Paris. 1901 page 531.

J. Boeckel. — Gazette médicale de Strasbourg 1902. De l'ablation de l'estomac.

A Mathieu et Dobrovici. — Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 18 Mai 1900.

A Mathieu et F. Moutier. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Tome X, no 5. Octobre 1919. L'ulcus géant de l'estomac.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Avant-Propos	5
Introduction	7
Chapitre premier	10
Chapitre II. — Relevé des principales caractéristiques de l'observation précédente	16
Chapitre III. — Observations antérieures recueillies	24
Chapitre IV. — Commentaires. — Caractères généraux de l'ulcère géant	35
Conclusions	47
Index bibliographique	50

IMP. A. CRÉPIN-LEBLOND, NANCY.

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT